



<b>N° DE PÓLIZA</b>		Fecha de la inclusión			
<b>CONTRATANTE</b>					
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Cedula/Pasaporte
Fecha de Nacimiento	Edad	País de Nacimiento	País de Residencia	Nacionalidad	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Dirección/Calle/Urbanización		Nombre del Edificio		No. Apto o Casa	Teléfono - Celular
Provincia	Distrito		Corregimiento		País
Profesión		Ocupación		Lugar de trabajo	
Correo electrónico:			Peso (libras)		Estatura (metros)
Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el o los países:					Id Tributario:
¿Es Usted una persona expuesta políticamente o familiar cercano, o estrecho colaborador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
De ser afirmativa su respuesta, indicarnos el nombre y cargo de la persona PEP con la cual se encuentra relacionado					
Nombre:			Cargo:		
<b>DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS</b>					
<b>Nombres de los beneficiarios</b>			<b>Cédula</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Porcentaje</b>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
<b>En caso de beneficiarios menores de edad, nombrar administrador fiduciario</b>					
1.			<b>Cédula</b>		
<b>Beneficiario Contingente</b>					
1.			<b>Cédula</b>		
<b>DECLARACIÓN DE SALUD</b>					
<b>Ha presentado alguna de las siguientes condiciones</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>En caso de respuesta afirmativa, DETALLE</b>		
1. Enfermedades del corazón, Hipertensión Arterial, Aneurismas					
2. Enfermedad de los pulmones					
3. Enfermedad de los riñones					
4. Problemas o defectos de la vista o del oído					
5. Tumores Malignos o Cáncer					
6. Diabetes					
7. Sida					
8. Enfermedades Mentales o del Sistema Nervioso					



Ha presentado alguna de las siguientes condiciones	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE
12. Tiene algún otro seguro de accidentes			
13. Actualmente se encuentra en buen estado de salud			
<b>Observaciones especiales: Si cualquiera de las respuestas afirmativa, favor subrayar el padecimiento y solicitar patologías y/o cuestionarios pertinentes</b>			
<b>DECLARACION ESPECIAL:</b>			
<p>1. Que igualmente, con la firma de la presente solicitud, AUTORIZO de forma expresa e irrevocable a ALIADO SEGUROS, S.A., a solicitar, y/o recopilar mis referencias de crédito a las agencias de recopilación de datos debidamente autorizadas de conformidad a la ley, así como a solicitar ante ellas mi historial de crédito, sin otra autorización que la presente solicitud de seguro.</p> <p>2. Que igualmente, con la firma de la presente solicitud, AUTORIZO de forma expresa e irrevocable a ALIADO SEGUROS, S.A., a informar, y/o reportar ante la Asociación Panameña de Crédito y/o cualesquiera otras entidades receptoras del historial de créditos de personas, mi historial de crédito que refleje los saldos morosos que por razón de la(s) póliza(s) contratada(s) con estos, genere, y en consecuencia, por razón de esta autorización expresa e irrevocable, los libero de toda y cualesquiera responsabilidad que por razón de estos reportes pudiera reclamar, e igualmente los libero de toda y cualesquiera responsabilidad por todos y cualesquiera daños y perjuicios que tales reporte alegue me han podido ocasionar.</p> <p>3. Que declaro, conozco, acepto y otorgo consentimiento libre y expreso a ALIADO SEGUROS, S.A. y su Grupo económico, para recopilar, tratar, procesar y archivar toda información necesaria, ya sean datos confidenciales, sensitivos, datos biométricos, genéricos y/o relativos a la salud sobre su persona, crédito y/o póliza de seguros y que conozco las políticas de privacidad de la Aseguradora.</p> <p>4. Hago constar y garantizo que las declaraciones en esta solicitud son completas y veraces. De igual forma autorizo a cualquier y todo médico o clínica o institución hospitalaria, o a cualquier miembro de su personal profesional, para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, documento, declaración, análisis, diagnósticos o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional, y suministren copia de los mismos a ALIADO SEGUROS,S.A., además renuncio, exonero, y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier registro profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la compañía ALIADO SEGUROS,S.A.</p>			
<b>Adjunte copia de cédula o pasaporte vigente</b>			
Firma del Asegurado Propuesto		Cédula	Fecha
Firma del Corredor de Seguros		Licencia No.	Fecha
<b>Nota: Después de 60 días, el asegurado debe llenar una nueva declaración.</b>			
<b>PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS</b>			
<b>APROBACION</b>		<b>OBSERVACIONES</b>	
SI	NO		

API-AS-202205